

Gerlinger, Thomas; Knötig, Nora; Lückenbach, Caspar Daniel; Staender, Johannes;
Wüstrich, Thomas

Working Paper

Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen

Working Paper Forschungsförderung, No. 015

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Gerlinger, Thomas; Knötig, Nora; Lückenbach, Caspar Daniel; Staender, Johannes; Wüstrich, Thomas (2016) : Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen, Working Paper Forschungsförderung, No. 015, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201607286769>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/215947>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 015, Juni 2016

Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen

Thomas Gerlinger, Nora Knötig,
Caspar Daniel Lückenbach, Johannes Staender,
Thomas Wüstrich

ISSN 2509-2359

© 2016 Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Inhalt

Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen –
10 Beispiele erfolgreicher Initiativen von Versichertenvertretungen 03

Beispiel 1

Betriebliche Gesundheitsförderung:
Programmübernahme nach Überzeugungsarbeit..... 04

Beispiel 2

Konflikt um einen Wahltarif:
Selbstverwaltung zwischen Solidarität und Kasseninteresse 08

Beispiel 3

Neugestaltung der Informationsangebote:
Die Bedeutung gezielter Rekrutierung und persönlicher Netzwerke 12

Beispiel 4

„Corporate Governance“:
Festlegung von Kooperationsgrundsätzen 16

Beispiel 5

Aktive Unterstützung Versicherter bei der Anerkennung von
Berufskrankheiten:
Eine Win-win-Strategie für Versicherte und Krankenkasse 20

Beispiel 6

Mehr- und Ermessensleistungen für Versicherte:
Konflikt um angemessene Reaktionen auf Mitgliederverluste 24

Beispiel 7

Burnout-Prävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement:
Eine Initiative im Interesse von Versicherten, Arbeitgebern und
Krankenkasse 27

Beispiel 8

Hausarztzentrierte Versorgung:
Modernisierung von Versorgungsangeboten im Zusammenwirken von
Vorstand sowie sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung 31

Beispiel 9

Herzinsuffizienz-Versorgung:
Initiative zur erwarteten Qualitätsverbesserung und Kostensenkung im
Interesse von Vorstand und Selbstverwaltung 34

Beispiel 10

Versichertenälteste:
Bewahrung und Weiterentwicklung eines bewährten Systems
versichertennaher Interessenvertretung 37

Autorinnen und Autoren 40

Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen – 10 Beispiele erfolgreicher Initiativen von Versichertenvertretungen

In der sozialen Selbstverwaltung von Krankenkassen setzen sich Versichertenvertretungen erfolgreich für eine versicherten- und patientenorientierte Ausrichtung der Geschäftspolitik ein. Im Folgenden dokumentieren wir zehn Beispiele erfolgreichen Handelns. Es handelt sich dabei um Fälle, die im Rahmen eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts [„Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Erfolgsbedingungen patienten- und versichertenorientierter Selbstverwaltung durch Arbeitnehmervertreter“](#) untersucht wurden.

Als „erfolgreich“ wurde dabei eine Selbstverwaltung verstanden, die

- versicherten- und patientenorientiert agiert,
- eine aktive, gestaltende und qualifizierte Interessenvertretung betreibt,
- Transparenz und Versichertennähe herstellt und
- sich für den Erhalt eines solidarischen Gesundheitswesens einsetzt.

Aus den nachfolgenden Falldarstellungen gehen die Vielfalt der Handlungsfelder, Handlungsanlässe und Ziele von Selbstverwaltern ebenso hervor wie die Erfolgsbedingungen und Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Versicherteninteressen. Sie mögen Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern als Anknüpfungspunkt für Reflexionen und Diskussionen über ihre eigene Praxis und die der Selbstverwaltung insgesamt dienen oder auch als Anregung, vielleicht sogar als Beispiel für das eigene Handeln.

Beispiel 1

Betriebliche Gesundheitsförderung: Programmübernahme nach Überzeugungsarbeit

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Es sind mehrere Gründe, die dem Thema betriebliches Gesundheitsmanagement seine aktuelle und perspektivisch noch wachsende Bedeutung verleihen. Neben den körperlichen und psychischen Gesundheitsrisiken des Arbeitsalltags, die sich in entsprechenden Krankenständen niederschlagen, stellt der demografische Wandel die Unternehmen vor erhebliche Herausforderungen: die Rekrutierung geeigneter Nachwuchskräfte wird schwieriger und die Belegschaften altern. Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Aufgabeninhalte muss deshalb nicht nur den für alle Mitarbeiter geltenden Standards des Arbeits- und Gesundheitsschutzes entsprechen, sondern auch die spezifischen Veränderungen in der Leistungsfähigkeit alternder Belegschaften berücksichtigen.

Vom Gesetzgeber haben die Kassen den Auftrag erhalten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen (§ 20a SGB V). Von besonderer Bedeutung kann ein diesbezügliches Engagement der Krankenkassen in Branchen sein, wo Betriebe dominieren, die ohne qualifizierte externe Unterstützung nicht in der Lage sind, ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu installieren. Es ist bekannt, dass sich namentlich Kleinbetriebe mangels entsprechender Ressourcen mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements schwertun, das den genannten Herausforderungen effektiv begegnen kann. Mit Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Betrieben bewegt sich also gerade eine Krankenkasse wie die Fall-Kasse, zu deren Versichertenkreis viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kleiner und kleinster Betriebe zählen, auf gesundheits- wie sozialpolitisch

erwünschtem Terrain. „Wenn Sie die Menge dieser Betriebe sehen (...), dann können Sie sehen, das ist ein Brackland, wo sich eigentlich niemand so richtig drum kümmert“ (Versichertenvertreter).

Schon Jahre vor ihrer Fusionierung mit anderen Kassen hatte die Krankenkasse deshalb mithilfe eines externen Instituts ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufgelegt, das „Verhältnis- und Verhaltensprävention in vernünftigem Mix zusammenbringen“ (Versichertenvertreter) und namentlich auch ältere Versicherte erreichen sollte, indem es arbeitsnah ansetzte und einschlägige betriebliche Hindernisse (etwa Baustellenbetrieb und Montageeinsätze) beachtete.

Inhalt und Verlauf

Das zu Beginn des Fusionsprozesses fest etablierte, gemäß den Ergebnissen externer wie interner Evaluationen erfolgreiche Programm überstand eine erste Fusion. Die entsprechende Vereinbarung sah vor, dass es übernommen wird. Nennenswerte Bedenken oder Widerstände gab es nicht. Als dann eine weitere Fusion anstand, setzte sich eine Mehrheit der Versichertenbank von Anfang an die Ausweitung des Programms auf die gesamte Fusionskasse zum Ziel. „Das war uns wichtig, dass wir gesagt haben, also, was sind die Dinge, die andere nicht haben, die wir mitbringen, die für Euch ein interessantes neues Feld sein können“ (Versichertenvertreter). Das zunächst übernommene Programm lief zum Ende des ersten Fusionsjahres aus. Die Initiative, es neu zu beschließen, führte zu „heftigen Diskussionen“.

Vertreter der Versicherten, aber auch der Arbeitgeber aus neu hinzugekommenen Kassen(gliederungen) begegneten ihr mit deutlicher, von finanziellen Erwägungen bestimmter Skepsis. Es war von wirtschaftlichen „Altlasten“ die Rede, die Forderung nach einem Finanzierungsvorbehalt wurde laut. Im Zuge eines Prozesses, der sich über mehrere Monate erstreckte, bedurfte es einiger Überzeugungsarbeit, um die Zustimmung aller Versichertenvertreter zur flächendeckenden (Wieder-)Einführung eines Gesundheitsförderungsprogramms zu erreichen. Entscheidend dafür war eine Sonderklausur, die den Trägern der Initiative Gelegenheit gab, ihre Argumente eingehend darzulegen. Die Vertreter der Versicherten mussten, so sahen es die Initiativträger, zuvörderst überzeugt werden. „Dass Arbeitnehmervertreter gegen Prävention sind, das kann doch nicht sein!“ (Versichertenvertreter)

Die Initiative bezog sich auf Herausforderungen, mit denen sich viele der Betriebe konfrontiert sehen, in denen Kassenmitglieder arbeiten, und deren Bedeutung zunehmend erkannt wird. Dieser Umstand erleichterte es, die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat für den Vorstoß zu gewinnen. Der Kassenvorstand, der dem Programm aufgeschlossen gegenüberstand und darin eine weitsichtige Konzeption erkannte, versuchte ebenfalls nicht, die Initiative zu behindern, sondern war bemüht, eine moderierende Rolle einzunehmen. Zudem konnte sich die Initiative auch unter dem unternehmenspolitischen Blickwinkel der Kasse profilieren: als Angebot, das sich speziell an kleine, von den Angeboten anderer Kassen vernachlässigte Betriebe richtet und damit die Qualität eines Alleinstellungsmerkmals gewinnt.

Im Ergebnis wurde ein flächendeckendes Bonusprogramm mit der Zustimmung aller Versichertenvertreter beschlossen. In den ersten neun Monaten nach dem Inkrafttreten des Programms wurden rund 2.700 Betriebe zum Themenkreis „Gesundheit im Betrieb“ informiert, knapp 1.100 Betriebe erhielten konkrete Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Erfolgsbedingungen

Personenmerkmale waren auch in diesem Fall bedeutsam: Einer der Hauptträger der Initiative verfügt über fundierte Fachkenntnisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz, Kenntnisse über Branchen mit großenteils kleinbetrieblichen Strukturen, Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung von Beratungskonzepten und die Kompetenz, an den Verwaltungsratsvorsitz geknüpfte Kommunikations- und Einflussmöglichkeiten zu nutzen.

Darüber hinaus stand die Initiative im Einklang mit verschiedenen Interessenperspektiven und ließ sich unter den entsprechenden Blickwinkeln gut begründen: Die Unterstützung insbesondere kleiner Betriebe beim betrieblichen Gesundheitsmanagement liegt nicht nur im Interesse der Versicherten bzw. Beschäftigten, sondern kann auch unter dem Blickwinkel betriebspolitischer Interessen und einer wettbewerbsorientierten Angebotsentwicklung der Krankenkasse positiv gesehen werden. Ins Gewicht fiel darüber hinaus, dass die Kasse, in der das Programm eingeführt wurde und die heute eine Regionalgliederung der Fusionskasse bildet, einen „großen Tanker“ darstellt, der nicht einfach ignoriert werden konnte.

Obwohl die Mehrheit der Versichertenvertreter von Anfang an hinter der Initiative stand, galt die größte politische Anstrengung dem Versuch, auch die skeptischen und widerstrebenden Selbstverwalter der neuen Gliederungen vom Wert des Programms zu überzeugen. Der „Durchbruch“ zur

Formierung breiter kollektiver Handlungsfähigkeit erfolgte im Rahmen einer Klausur. Klausuren werden auch in einem anderen Beispielfall als wichtige Foren kollektiver Meinungsbildung und Entscheidungsfindung genannt, denn sie erlauben es, eine Initiative eingehend darzustellen und zu begründen. Solche Foren ergebnisorientiert ausrichten und moderieren zu können, kann daher eine Fähigkeit mit verlaufsprägendem Gewicht sein. In diesem Zusammenhang ist für den vorliegenden Fall auch von Bedeutung, dass argumentativ einsetzbare Belege für den Nutzen des Programms verfügbar waren.

Angemerkt sei abschließend, dass der Selbstverwalter von einer entsendenden Organisation gezielt für die ehrenamtliche Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung rekrutiert worden war. Seine beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen waren dabei ein wesentlicher Gesichtspunkt gewesen.

Beispiel 2

Konflikt um einen Wahltarif: Selbstverwaltung zwischen Solidarität und Kasseninteresse

Ziel dieser Initiative war die inhaltliche und zeitliche Begrenzung eines besonderen Wahltarifes, zunächst bei dessen Einführung und anschließend im Zuge einer Kassenfusion. An diesem Beispiel werden die vielfältigen Bedingungen und Faktoren ersichtlich, die das Zustandekommen und den Erfolg von Initiativen beeinflussen. Neben den Faktoren „Information“, der „primären beruflichen Position und Perspektive“ und „personenbezogenen Merkmalen“ sind bei dieser Initiative auch die Organisationskultur und Einflüsse außerhalb der Kasse von Bedeutung.

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Bereits Jahre vor dem Konflikt um einen Wahltarif hatte die Versicherten-seite im Verwaltungsrat gegen die Einführung von Möglichkeiten zur Beitragsrückerstattung „heftig ... opponiert“ (Versichertenvertretung 1), jedoch ohne Erfolg. Die Krankenkasse hatte sich zu dieser Zeit in einem harten Konsolidierungsprozess befunden, und auch einem großen Teil der Versichertenvertreter war jede Maßnahme recht gewesen, die den Abwärtstrend bei den Mitgliederzahlen aufzuhalten versprach. Ähnlich verhielt es sich bei der Ausgestaltung des Wahltarifs. Auch hier gab es Widerstand einzelner Versichertenvertreter, der jedoch nicht geschlossen genug war, um eine Einführung zu verhindern: „Unsere Grundposition war, (...) wir haben das so eingeschätzt, wir kriegen den nicht weg. (...) Das sollte auf [die eine Krankenkasse] beschränkt werden als Modell-Projekt und dann evaluiert werden mit der Chance, ihn dann nicht unbedingt in den Regelbetrieb führen zu müssen.“ (VR_2)

Inhalt und Verlauf

Die erste Phase dieser Initiative umfasste den Zeitraum der Einführung des Wahltarifs, die zweite den Versuch, im Zuge der geplanten Fusion mit einer anderen Krankenkasse den Wahltarif erneut anzugreifen. Nachdem sich der Konsolidierungsprozess als erfolgreich erwiesen hatte, konzipierte der Vorstand einen Wahltarif, der als Direktversicherung auftritt, eine eigene Marke bildet und gezielt „gute Risiken“ ansprechen soll. Allgemein wird dem Vorstand der Krankenkasse ein unternehmerisches Selbstverständnis und ein wettbewerbsorientiertes Handeln zugeschrieben. Er nimmt dem Verwaltungsrat gegenüber eine aktive Rolle ein und „sorgt auch sehr dafür, dass seine Position auch durchkommt, im Zweifel führt der wirklich Einzelgespräche mit einzelnen Versichertenvertretern und versucht, die auf seine Seite zu ziehen.“ (Versichertenvertretung 2).

Während die Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat dem Wahltarif offen gegenüberstand, stieß er insbesondere bei den Versichertenvertretern mit gewerkschaftlichem Hintergrund auf Widerstand. Statt Geld an Gesunde auszuzahlen, solle lieber in Gesundheitsförderung und Prävention investiert werden. Allerdings machten sich einzelne Versichertenvertreter auch zunächst die Position des Vorstands zu eigen. Dies zog auf der Versicherten-seite einige Diskussionen über die Einschätzung von Wahlтарifen nach sich. Trotz der Möglichkeit, den Tarif auch gegen Widerstand durchzusetzen, war der Vorstand, bei allen inhaltlichen Differenzen mit der Versichertenseite, doch bemüht, einen Beschluss zu fassen, der von einer breiten Mehrheit getragen wurde. Um der Versichertenseite etwas entgegenzukommen, so die Interpretation eines Interviewpartners, erklärte sich der Vorstand bereit, in dem neuen Tarif die vorgesehene Rückvergütung zu reduzieren. Letztlich konnte man sich auch auf der Versichertenseite dem Argument, der Wahltarif diene der Mitgliedergewinnung und könne die Wettbewerbsposition der Krankenkasse verbessern, nicht vollständig verschließen. So erhob er in den Gesprächen mit dem Vorstand die Forderung, die Laufzeit des Wahlтарifs zu befristen und seine Auswirkungen zu evaluieren. Nachdem der Vorstand in diese Forderungen eingewilligt hatte, stimmte auch die Versichertenvertretung dem Tarif zu. Zudem hatte der Vorstand versichert, dass sich der Tarif mittelfristig selbst trage und man „auch (über) die finanziellen Auswirkungen regelmäßig berichten“ werde (Versichertenvertretung 1).

Die zeitliche Befristung, die Reduktion der Beitragsrückerstattung sowie die Evaluation des Wahlтарifs sind die Teilerfolge dieser Phase. Eine Kontrolle dieses Tarifs durch den Verwaltungsrat selbst war jedoch kaum mög-

lich, und auch die vom Vorstand vorgelegten Zahlen waren nicht ohne weiteres zu überprüfen: „Die konnte man glauben oder auch nicht.“ (Versichertenvertretung 1). Insgesamt stellte sich die Einschätzung des Vorstands zu den Wirkungen des Tarifs als zu optimistisch heraus. Daraus erwuchs neuerlicher Unmut unter den Versichertenvertretern.

Auch in der zweiten Phase der Auseinandersetzung schätzten die Initiativträger die Abschaffung des Tarifs als unrealistisch ein. Im Zuge der geplanten Fusion mit einer zweiten Krankenkasse sollte der Wahltarif daher räumlich auf das bisherige Einzugsgebiet der Krankenkasse beschränkt, der Modellcharakter beibehalten und weiter evaluiert werden. Dazu stimmte sich die Initiativträgerin zunächst mit dem Verwaltungsratsvorsitzenden sowie mit den Verwaltungsratskollegen aus ihrer Gewerkschaft ab. Neben den genannten Forderungen zum Wahltarif wurden eine Bonusreduktion im Selbstbehaltstarif, die Einführung von Versichertenältesten in der fusionierten Krankenkasse sowie die personelle Aufstockung der Widerspruchsausschüsse als Forderungen schriftlich fixiert. Schließlich gelang es, auch die übrigen Versichertenvertreter beider Krankenkassen zu überzeugen und somit Einigkeit auf der Versichertenbank herzustellen. Dies kann als der eigentliche Erfolg der zweiten Phase gewertet werden, denn nun hätte man sich mit hoher Wahrscheinlichkeit durchsetzen können. Letztlich kam die geplante Fusion nicht zustande, allerdings aus Gründen, die unabhängig vom Wahltarif waren. Die Initiativen in der zweiten Phase liefen somit zwar ins Leere, können aber insofern als erfolgreich verstanden werden, als es der Versichertenvertretung gelang, sich auf eine gemeinsame Position gegen die Begrenzung der Beitragsrückerstattung zu verständigen, und sie sich für die eigenen Ziele einsetzte.

Erfolgsbedingungen

Die Teilerfolge dieser Initiative lassen sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Von besonderer Bedeutung sind persönliche Eigenschaften der Initiativträger. Es bedarf einer gewissen Fachkenntnis, aber auch Eigenschaften wie Engagement, Überzeugungsfähigkeit und Konfliktbereitschaft, um Initiativen auch gegen Widerstände voranzutreiben. Die eigene hauptberufliche Tätigkeit in Gewerkschaften, die dort erworbene Fachkompetenz und die dort erfahrene Unterstützung werden als sehr hilfreich für die Selbstverwaltungstätigkeit eingeschätzt. Somit spielen die organisationale und persönliche Vernetzung von Verwaltungsratsmitgliedern für den Erfolg von Initiativen eine wichtige Rolle.

Weitere Bedingungen für das Erreichte liegen in der Organisationskultur der Krankenkasse, die durch eine gewisse Konsensorientierung gekennzeichnet ist. Der Vorstand zeigt sich kompromissbereit, wenn er eine gewichtige Gruppe nicht überzeugen kann. Allerdings dürfte das Ausmaß dieser Kompromissbereitschaft auch abhängig sein von der Entschiedenheit und Breite des Widerstands, dem er sich gegenüberstellt. Nicht zuletzt dürfte dabei auch das Wissen eine Rolle spielen, dass hinter den Versichertenvertretern auch Organisationen mit entsprechenden Ressourcen stehen.

Des Weiteren kommt der Position des alternierenden Vorsitzenden in diesem Fall eine besondere Bedeutung zu. Er ist es vornehmlich, der in informellen Gesprächen Handlungsspielräume auslotet und seine Verwaltungsratsmitglieder unterstützt. Er hat zudem als Mitglied des Lenkungsausschusses für die geplante Fusion dafür gesorgt, dass auch die Initiatorin diesem Gremium angehörte. Dieser Umstand wird als weiterer Faktor dafür angesehen, dass die Einigkeit auf Versichertenseite hergestellt werden konnte. Schließlich spielen bei dieser Initiative auch externe Faktoren eine Rolle. So wird in den Interviews angemerkt, dass die Reduktion der Beitragsrückerstattung wohl auch zustande kam, weil die zuständige Aufsicht einen höheren Rückerstattungsbetrag bei gleichzeitig drohendem Zusatzbeitrag wahrscheinlich nicht genehmigt hätte. Ebenso wurde der allgemein hohe Einigungsdruck während der Fusionsverhandlungen als günstig angesehen, um die eigenen Forderungen durchzusetzen.

Beispiel 3

Neugestaltung der Informationsangebote: Die Bedeutung gezielter Rekrutierung und persönlicher Netzwerke

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Gegenstand der Initiative war die grundlegende Neuausrichtung der Informationsangebote einer Krankenkasse. Es handelt sich um einen Verlauf, der eindeutig von der Selbstverwaltung initiiert und geprägt wurde. Wir haben es zudem mit einer durchsetzungskräftigen Initiative zu tun, bei der das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht wurde und das Handeln der Selbstverwaltung am Ende zu greifbaren Ergebnissen führte. Die Umgestaltung betraf vor allem die Inhalte, schloss aber auch das grafische und formale Design der betreffenden Materialien ein. Während es inhaltlich zunächst um Fragen der Frauengesundheit ging, ist in der Folge das gesamte Informationsangebot der Kasse neu gestaltet worden.

Die Hauptakteurin der in hohem Maße personengebundenen Initiative ist seit Jahren in Fragen der Frauengesundheit und Frauenpolitik beruflich engagiert. Sie war von der Sprecherin ihrer Selbstverwaltungsfraktion gezielt rekrutiert worden, um die Kompetenz der Kasse auf dem Gebiet der Frauengesundheitspolitik zu erhöhen. Die Chance, gestaltend zu wirken, hatte sie zur Bedingung eines fortgesetzten Selbstverwaltungsengagements gemacht. Die inhaltliche Stoßrichtung der Umorientierung beschreibt sie so: „Und das ganze Thema informierte Entscheidung ist eins, was ich sehr betrieben habe, also weg von diesen Werbeheftchen, sage ich jetzt mal: Du Patientin oder Patient kannst von mir haben, was immer du willst (...). Da war keinerlei Evidenzbasierung, da war keinerlei informierte Entscheidungsgrundlage. (...) Und wir haben uns festgelegt auf informierte Ent-

scheidung und haben dann auch (...) das alles komplett überarbeiten lassen“ (Versichertenvertreterin).

Inhalt und Verlauf

Ein unmittelbarer Auslöser war die Verärgerung der Selbstverwalterin über eine neue Schwangerschaftsbroschüre der Kasse. „[D]ie war so furchtbar. Da kriegten Sie mitgeteilt, wie viel Äpfel Sie am Tag essen müssen, wenn Sie schwanger sind, und so“ (Versichertenvertreterin). In ihrer fachlich-kritischen Perspektive wirkte diese Broschüre als Aufforderung zum Handeln. Mit Blick auf die Willensbildung im Verwaltungsrat und den weiteren Verlauf der Initiative hebt die Selbstverwalterin die Bedeutung einer Klausur hervor, auf der sich der Versorgungsausschuss, dessen Vorsitz sie führt, mit den Informationsangeboten der Kasse befasste. „Und dann war es eigentlich Überzeugung in der Klausur. Also, die hat unheimlich viel bewegt. Und da die richtigen Fachleute einladen. Ich meine, da habe ich natürlich auch für gesorgt“ (Versichertenvertreterin).

Das Informationsangebot der Kasse wurde auf dieser Veranstaltung nicht nur inhaltlich, sondern auch unter werbebezogenen – und damit auch wettbewerbsorientierten – Gesichtspunkten diskutiert. Es sei, so der Befund des für diesen Aspekt verpflichteten Experten, für die Entwicklung eines Corporate Design wenig hilfreich. Die Kasse könne „auf dem Boden (...) nicht weiterarbeiten. Also, es war eine gute Grundlage auch da, selber an das Thema eigentlich auch anders rangehen zu wollen und zu müssen“ (Versichertenvertreterin).

Im Anschluss an die Selbstverwaltungsklausur konnte auch der Vorstand für die Initiative gewonnen werden, was die Selbstverwalterin als entscheidende Erfolgsbedingung einstuft. Zur Umsetzung gehörte ein „Joint Venture“ mit dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit, bei dem die Kasse dort entwickelte Broschüren zu Themen der Frauengesundheit (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Mammographie-Screening) finanzierte und ins eigene Informationsangebot übernahm.

Auf ungeteilte Zustimmung ist die Initiative nicht gestoßen: „[E]s (gab) eine richtig herbe interne Auseinandersetzung darüber, weil das (...) natürlich die Grundlagen vorheriger Haltungen völlig verändert hatte, aber wir konnten die Hausleitung überzeugen und die haben das dann auch letztendlich durchgesetzt (...)“ (Versichertenvertreterin). Die Selbstverwalterin führt skeptische und abwehrende Reaktionen in Teilen des Hauptamts und der Selbstverwaltung auf mehrere Gründe zurück. Zum einen habe es sich

um psychische Widerstände von Organisationsmitgliedern gegen einen Vorstoß gehandelt, der etwas ersetzen wollte, was sie für gut befunden oder selbst erarbeitet hatten. Darüber hinaus hätten sich angesichts der Fülle des neu zu gestaltenden Materials „auch Kostenfragen“ gestellt. In der Summe waren es am Ende nicht weniger als 900 verschiedene Informationsmaterialien, die neu konzipiert und umgestaltet werden mussten. Ins Gewicht fiel aber auch, dass das neue Informationsangebot Lücken im Kenntnisstand oder widersprüchliche Forschungsergebnisse anspricht und dadurch „unklarer“ wirkt. Manche/r Versicherte sehe darin eine „unbequeme Haltung“: „Erwartungen [dass durchgängig klare Empfehlungen ausgesprochen werden], die (...) bisher bedient worden sind, die werden nicht mehr bedient. (...) Und das ist (...) auch unternehmenspolitisch eine ziemlich riskante Entscheidung, aber eine klasse, tolle Entscheidung“ (Versichertenvertreterin). Die Abwehr gegen die Initiative sei deshalb nicht nur aus dem Eindruck heraus entstanden, bisher geleistete Arbeit würde abgewertet und Bewährtes aufgegeben. Ursächlich sei vor allem auch gewesen, „dass man weiß, dass man das nicht so gut vermitteln kann“ (Versichertenvertreterin).

Erfolgsbedingungen

Auf die Frage, was ihre Initiative zur Erfolgsgeschichte gemacht habe, antwortet die Versichertenvertreterin, es sei ein „multifaktorielles Geschehen“. Was die personenbezogenen Faktoren angeht, so fallen zunächst Sachverstand, Gestaltungswille und überzeugungsorientiertes Engagement ins Gewicht. Auch andere Interviewpartner sagen übereinstimmend, dass die Willensbildung im Verwaltungsrat vor allem auf Überzeugungsarbeit zurückging und Tauschprozesse im Rahmen von Verhandlungen („Bargaining“) keine Rolle spielten. Die Abstimmung mit dem Vorstand wurde dadurch begünstigt, dass dessen Vorsitzender sich in früheren Abschnitten seiner Berufsbiografie „viel mit Evidenz beschäftigt“ hatte (Vorstandsvorsitzender) und eine Ausrichtung der Informationsangebote auf die Förderung informierten Entscheidens ausdrücklich befürwortete.

Mit Engagement und Sachkompetenz verbinden sich politische Fähigkeiten, so bei der zielorientierten Vorbereitung und Leitung von Sitzungen oder Tagungen. Der Ausschuss, dem die Selbstverwalterin vorsitzt, ist eine wichtige Größe in der Entscheidungsstruktur der Kasse. Ein dort gefundener Konsens hat entsprechendes Gewicht. Schließlich lässt sich an diesem Fall gut die Bedeutung personengebundener Verknüpfungschancen zei-

gen. Sie hängen aufs Engste mit dem beruflichen Hintergrund der Akteurin und dessen sozialen Bezügen zusammen: Medizinpsychologie mit Spezialisierung Frauenheilkunde, später Frauenbeauftragte. Die Frauengesundheit bildet ein Themenfeld, an dessen politischer Bearbeitung sie auch an anderer Stelle mitwirkt. „Und parallel dazu sind ähnliche Kriterien informierter Entscheidung vom Nationalen Netzwerk (...) festgelegt gewesen. Ich sitze da auch drin – und hier gibt’s dann im Grunde das Verquicken an der Stelle“ (Versichertenvertreterin). Im konkreten Fall ergab sich daraus das erwähnte „Joint Venture“. Noch einmal vermerkt sei hier, dass die Selbstverwalterin gezielt um ihre Mitwirkung gebeten worden war. Indirekt ist der Selbstverwaltungserfolg daher auch einer bewussten Rekrutierungsarbeit zuzurechnen.

Beispiel 4 „Corporate Governance“: Festlegung von Kooperationsgrundsätzen

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Diese Initiative gilt nicht dem Leistungsangebot oder dem Umgang der Kasse mit ihren Versicherten (etwa bei Widerspruchsverfahren), sondern will die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung verbessern und sichern. Die Initiative richtet sich auf die Kooperation zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern und auf die Zusammenarbeit zwischen Selbstverwaltung und Vorstand. Konkret geht es darum, mit der Arbeitgeberbank und dem hauptamtlichen Vorstand einen „Corporate Governance Kodex“ zu vereinbaren. Dies ist ein Thema, „das wir seit langem bearbeiten“, so der Initiator, ein erfahrener Versichertenvertreter, der als Vorsitzender des Verwaltungsrats amtiert. Ähnliche Versuche in anderen Kassen sind gescheitert.

Inhalt und Verlauf

Auch im Verwaltungsrat der Fall-Kasse regte sich Widerstand. Die Arbeitgeberseite bezog zunächst gegen das Vorhaben als solches Stellung. Nachdem es gelungen war, ihre Zustimmung durch ein Koppelgeschäft zu gewinnen, lehnte sie die Verwendung des Begriffs „Corporate Governance Kodex“ ab. Ohne dass damit Änderungen in der inhaltlichen Stoßrichtung verbunden gewesen wären, hat sich die Arbeitnehmerseite deshalb mit Arbeitgebern und Vorstand auf „Grundsätze der Zusammenarbeit“ verständigt. Worauf das Widerstreben der Arbeitgebervertreter gegen die Initiative

und ihre Aversion gegen den „Corporate Governance Kodex“ zurückgingen, ist unklar. Der Versichertenvertreter vermutet wechselseitige Verpflichtung, die gerade wegen ihres politischen Charakters nicht offen geäußert würden. Er nimmt an, „dass es auf der Arbeitgeberseite eine Vereinbarung gibt, dass man so was nicht macht“, und brachte auch den Gedanken ins Gespräch, es könne vielleicht damit zusammenhängen, dass ein Corporate Governance Kodex gemeinhin die Verpflichtung zur regelmäßigen Sitzungsteilnahme enthält.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde noch verhandelt, mittlerweile steht der Prozess vor dem Abschluss. Erreicht war seinerzeit eine wechselseitige Verpflichtung, „dass wir jetzt Eckpunkte festgelegt haben, die zu (...) einer gemeinsamen Vereinbarung kommen werden“ (Versichertenvertreter). Die Versichertenvertreter hatten sich zuvor in zwei Klausursitzungen mit den „Grundsätzen“ befasst und deren inhaltliche Ausgestaltung diskutiert. „Da ging es um die Frage: Welche Informationen und welche Handlungsspielräume – was brauchen wir, um unsere Arbeit im Verwaltungsrat zu managen?“ (Versichertenvertreter). Eine Unternehmensberatung war von der Kasse beauftragt worden, den weiteren Prozess zu moderieren.

Über den Inhalt der „Grundsätze“ bestanden auf der Arbeitnehmerbank in wesentlichen Punkten klare Vorstellungen. „Es hat eine Diskussion [unter den Versichertenvertretern] gegeben, die weitaus meisten fanden das gut. Die fanden auch die Kernidee gut, zu sagen: Wir müssen mal unsere Handlungsspielräume zusammenfassen, damit wir da was in der Hand haben. (...) Ich möchte so ein Papier haben, wo (...) alle Lieblinge, die die Arbeit der Versicherten[vertretung] (...) oder die Selbstverwaltung betreffen, zusammengefasst sind (Versichertenvertreter).“

Eines dieser Lieblingsthemen ist Information. Die Verfügbarkeit situationsrelevanter Informationen ist eine entscheidende Voraussetzung, um bestehende Handlungsspielräume erkennen und nutzen zu können. Die „Grundsätze“ sollen deshalb den Informationsbedarf der Selbstverwaltung konkret beschreiben und genau festlegen, worüber der Vorstand den Verwaltungsrat wann zu informieren hat. Zum Informationsprogramm sollen namentlich auch Kennziffern gehören, die eine Beurteilung der Organisationsentwicklung ermöglichen.

Eine weitere Komponente des „Grundsätze“-Dokuments soll die Geschäftsordnung des Verwaltungsrats bilden. Zentrale Punkte sind hier: Beschreibung der Aufgaben; Definition konkreter Kriterien der Zustimmungsbedürftigkeit von Entscheidungen und der Erörterungsbedürftigkeit von Themen; Festlegung des Sitzungsturnus. Zudem soll das Dokument die zur Besetzung und Struktur der Ausschüsse getroffenen Regelungen fest-

schreiben und die Übereinkunft aufnehmen, dass eine Seite es nicht ausnutzt, wenn die andere nicht vollzählig präsent ist. Schließlich werden die „Grundsätze“ auch „Selbstverpflichtungen“ enthalten, so die Verpflichtung, zu qualifizieren und zu schulen, die Verpflichtung zur Beschäftigung mit Themen, deren Kenntnis Voraussetzung qualifizierter Selbstverwaltungsarbeit ist, die Verpflichtung zur Transparenz.

Die skizzierte Initiative zielt auf die strukturelle Sicherung und Verbesserung organisationaler Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung. Es handelt sich um einen Versuch, hochgradig informelle Strukturen zu formalisieren, also personenunabhängiger zu machen. Dieser Prozess soll zugleich genutzt werden, um Kooperationsregeln punktuell zu verbessern und etwa Informationspflichten des Vorstands zu erweitern und zu präzisieren. Daneben ist die Intention leitend, ein „Arbeitsmittel“ zu entwickeln, das noch unerfahrenen Selbstverwaltungsakteuren als Orientierungshilfe und Handlungsressource dienen kann. Dabei hat der Initiator vor allem die Zeit nach seinem Ausscheiden aus dem Ehrenamt im Blick.

Erfolgsbedingungen

Erneut haben wir es mit einem Verlauf zu tun, bei dem die Bedeutung personenbezogener Merkmale ins Auge springt: Es handelt sich um die Initiative einer Person, keiner Gruppe oder Organisation. Der Initiator hat über einen langen Zeitraum Erfahrungen in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung gesammelt und entsprechende politische Kompetenzen gewonnen, die im Verwaltungsratsvorsitz zum Tragen kommen. Bemerkenswert ist zudem, dass hier eine stark personengebundene Initiative gerade darauf zielt, die Abhängigkeit des Selbstverwaltungsgeschehens von personenbezogenen Merkmalen zu reduzieren und den Strukturanteil zu erhöhen.

Die Initiative bezieht sich auf zentrale Probleme der Selbstverwaltungsarbeit. Dazu gehört der Konkretisierungsbedarf zum Kompetenzbereich: Was sind Fragen von „grundsätzlicher Bedeutung“ für die Kasse? Dazu gehört auch der Informationsbedarf, der gedeckt werden muss, wenn die Selbstverwaltung Entscheidungen gezielt beeinflussen will.

Obwohl die Initiative auch den Handlungsspielraum des Vorstands gegenüber der Selbstverwaltung berührt, war der Vorstand in diesem Fall kein Hemmschuh, sondern wird als eher emotionsloser Akteur charakterisiert. Auf der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat hingegen stieß der Versichertenvertreter mit seiner Initiative zunächst auf Ablehnung. Seine Ver-

handlungsmacht schloss jedoch das Mittel ein, die Zustimmung zu einer arbeitgeberseitig angestrebten Entscheidung von der Einwilligung in das Governance-Vorhaben abhängig zu machen.

Die Entscheidungskultur der Fall-Kasse ist konsensorientiert, und die Beziehung zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbank charakterisiert der Versichertenvertreter als grundsätzlich gutes Verhältnis. Dass er seine Initiative in diesem Fall mit einem Koppelgeschäft vorantrieb, belegt die große Bedeutung, die er ihr beimisst. Auch das Verhalten der Arbeitgeberseite, die ihren Widerstand erst im Zuge eines Tauschgeschäfts aufgab, lässt darauf schließen, dass den „Grundsätzen“ zumindest der Möglichkeit nach eine handlungsleitende Wirkung zugeschrieben wird. Die Konzessionsbereitschaft in der Titelwahl trägt der konsensorientierten Entscheidungskultur Rechnung, ohne in der Sache wesentliche Abstriche hinzunehmen. Die Akteure bewegen sich in einer Kultur der Kooperation und konsensualen Entscheidungsfindung, die Konflikte nicht ausschließt, aber ihre Zahl begrenzt und den Umgang mit ihnen prägt.

Beispiel 5

Aktive Unterstützung Versicherter bei der Anerkennung von Berufskrankheiten: Eine Win-win-Strategie für Versicherte und Krankenkasse

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Die Berufsgenossenschaften stehen in dem Ruf, bei der Anerkennung von Berufskrankheiten restriktiv zu verfahren. Entsprechende Beobachtungen hatte auch ein Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der Fall-Krankenkasse gemacht, der als Mandatsträger im Vorstand von Berufsgenossenschaften Einblick in deren Gewährungspraxis nehmen konnte: „[W]as da (...) läuft, das kann man einfach so nicht mehr ertragen“ (Versichertenvertreter). Diese Eindrücke brachten ihn zu der Überzeugung, dass neben dem Versuch, im Vorstand der Berufsgenossenschaft auf eine arbeitnehmerfreundliche Praxis hinzuwirken, andere Wege gefunden werden müssten, „um die Betroffenen zu stärken“. Ins Spiel kommen müsse eine „Institution, die so was aus originärem Eigeninteresse macht“. Das Verfahren würde damit zu einem Zusammenwirken zwischen Organisationen, in der das Versicherteninteresse auf „Augenhöhe“ vertreten wird.

Dass eine Krankenkasse hier ein originäres Eigeninteresse sehen könnte, liegt nahe: Sie wird durch erfolgreiche Berufskrankheitenverfahren ihrer Versicherten finanziell entlastet, da die Leistungsträgerschaft zur (allein aus Arbeitgeberbeiträgen finanzierten) gesetzlichen Unfallversicherung wechselt. Aber auch der Versicherte gewinnt: Bei einer Berufskrankheit gilt ein anderer gesetzlicher Versorgungsgrundsatz. Betroffene sind mit allen geeigneten Mitteln zu behandeln, ihre Versorgung unterliegt nicht der wirtschaftlichkeitsorientierten Einschränkung, die für die gesetzliche Krankenversicherung gilt. Zuzahlungen oder Eigenanteile der Versicherten sind

nicht vorgesehen, die Behandlung erfolgt in ausgewählten Einrichtungen, ggf. werden Umschulungsmaßnahmen finanziert oder Rentenleistungen gewährt. Im Anerkennungsfall ergibt sich so für die Versicherten wie ihre Kasse eine Win-win-Situation.

Inhalt und Verlauf

Diese Überlegung führte zu einem entsprechenden Vorstoß der Versichertenvertreter in der Krankenkasse, wobei das Aktivitätszentrum beim eben zitierten Selbstverwalter lag, der als (alternierender) Vorsitzender des Verwaltungsrats amtierte. Die Initiative des Verwaltungsrats mündete in ein Programm zur Unterstützung von Versicherten, bei denen die Kasse Anhaltspunkte dafür sieht, dass die Erkrankungsursachen in der aktuellen oder vergangenen Berufstätigkeit zu suchen sind. Der Vorstand der Kasse hat dieses Programm zunächst als Modellprojekt etabliert. Nach der als erfolgreich bewerteten Projektphase wurde es dann in die Routine-Programme der Kasse aufgenommen. Widerstand der Arbeitgeberseite, die ja die Unfallversicherung mitfinanziert, gab es nicht. Die Arbeitgeber hätten, so der Versichertenvertreter, zuerst den Entlastungseffekt für die Krankenkasse gesehen.

Das Programm dient der aktiven Aufklärung und Beratung betroffener Versicherter. Die Kasse wartet also nicht darauf, dass sie von einer Berufsgenossenschaft eine Prüfungsmitteilung erhält oder sich Versicherte melden, die bereits einen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und ihrer (früheren) Berufstätigkeit vermuten. Vielmehr prüft die Kasse selbst, ob sich unter den Erkrankungsfällen aus ihrem Versichertenkreis Patientinnen und Patienten finden, bei denen begründet vermutet werden kann, dass die Erkrankung berufliche Ursachen ist.

Mit wissenschaftlicher Unterstützung wurde im erwähnten Modellprojekt ein maschinelles Verfahren entwickelt, das auf einem Abgleich bestimmter Tätigkeitsmerkmale und Diagnosen mit arbeitsmedizinischen Erkenntnissen basiert. Das Programm besitzt zwei Auswertungsmodule, die auf den Leistungsdaten und der Krankengeld-Fallsteuerung aufsetzen. Mit ihrer Hilfe wird, nach unterschiedlichen Versichertengruppen (z.B. Rentner, Erwerbstätige) gegliedert, ermittelt, welcher Personenkreis an Erkrankungen leidet, die möglicherweise als Berufskrankheiten anzuerkennen wären. Das Programm zielt auf typische Erkrankungen, auf gefährdete Berufe, die im Versichertenkreis der Kasse häufiger vorkommen als unter den Versicherten anderer Kassen. Die identifizierten Fälle werden einer besonderen Prü-

fung unterzogen. Festigt sich der Verdacht, werden die Patienten einbezogen und mithilfe spezieller Erhebungsbögen um weitere Angaben zu Erkrankungen und Berufstätigkeiten gebeten.

Dass die meist älteren Versicherten selbst aktiv werden, ist nicht die Regel. Im Einklang mit den Erwartungen bei der Konzipierung des Programms geht die Antragsinitiative gemeinhin von der Kasse aus. Die Berufsgenossenschaft muss dann aufgrund der Berufskrankheitenanzeige anhand der Kassenunterlagen und selbst erhobener Informationen entscheiden, wie sie den Fall beurteilt. Berufsgenossenschaften sind von Amts wegen verpflichtet, selbst zu ermitteln, wenn sich Versicherte an sie wenden. Sie verfügen jedoch nicht über die Informationsbasis einer Krankenkasse, die einen begründeten Verdacht als unmittelbar in Funktion tretender Leistungsträger frühzeitig fassen kann. Wird der Antrag abgelehnt, erhalten Versicherte, wenn sie es wünschen und der Fall nicht aussichtslos scheint, weitere Unterstützung, wie z.B. eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder ein Gegengutachten. Scheitern Bemühungen um eine außergerichtliche Einigung, wird ggf. der Klageweg beschritten.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (2014) wurden verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten des Programms diskutiert. Die Krankenkasse, in der es eingeführt wurde, hatte zwischenzeitlich mit anderen Kassen fusioniert. Namentlich war deshalb die Ausweitung auf die Gesamtorganisation in der Diskussion.

Erfolgsbedingungen

Einmal mehr wird an diesem Fall das Gewicht personenbezogener Merkmale deutlich. Ohne den beruflichen Kompetenzhintergrund – u.a. im Arbeits- und Gesundheitsschutz –, die berufsgenossenschaftlichen Erfahrungen und das individuelle Engagement des Verwaltungsratsvorsitzenden, den „keiner beauftragt (hat), das zu machen“, hätte es die Initiative nicht gegeben. Das persönliche Kompetenz- und Erfahrungsprofil ermöglicht spezifische „Verknüpfungen“ und basiert auf einem politischen Verständnis der Selbstverwaltungstätigkeit. So wichtig es ist, die Bedeutung personenbezogener Merkmale hervorzuheben, so wichtig ist es, die organisationalen Grundlagen des Selbstverwaltungserfolgs zu nennen. Dies gilt insbesondere für die mit dem Vorsitz des Verwaltungsrats verbundenen Kommunikations- und Einflusschancen. Der betreffende Versichertenvertreter wurde von einer entsendenden Organisation gezielt für das Ehrenamt rekrutiert. Zum Hintergrund des Erfolgs gehört deshalb auch eine auf die Gewinnung spe-

zifischer Kompetenzen für die Selbstverwaltung zielende Rekrutierungspraxis.

Das Programm ist vor Jahren in einer relativ kleinen Kasse mit konsensorientierter Organisationskultur eingeführt worden. „Da haben wir das alles selber in der Hand gehabt. (...) Da brauchten wir auch niemanden fragen“ (Versichertenvertreter). In der Fusionskasse hingegen müsse wesentlich mehr Überzeugungsarbeit geleistet werden, um die erforderliche Unterstützung für eine Ausweitung auf die Gesamtorganisation zu mobilisieren. Ein in diesem Zusammenhang zentrales Argument ist die Win-win-Situation für Versicherte und Kasse. „[F]ür uns [die Krankenkasse] hat es natürlich auch handfeste Vorteile“ (Kassenmitarbeiter). Dieses Argument kann mit dem Hinweis verknüpft werden, die Kasse profitiere zwar finanziell, aber nur von der Beförderung wohlbegründeter Ansprüche und Verantwortungszuweisungen. „[W]arum soll auch die Versichertengemeinschaft in der Krankenkasse (...) haften, wenn es denn möglich ist, den Verursacher in Regress zu nehmen. Also in sich ist das logisch“ (Versichertenvertreter).

Beispiel 6 Mehr- und Ermessensleistungen für Versicherte: Konflikt um angemessene Reaktionen auf Mitgliederverluste

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Ermessens- bzw. Satzungsleistungen machen nur rund 5 % der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Dennoch können sie für die einzelne Krankenkasse von großer Bedeutung sein, weil die Gewährung bestimmter Ermessens- bzw. Satzungsleistungen (z.B. Zahnersatz) für den einzelnen Versicherten einen Unterschied von bis zu mehreren Hundert Euro im Jahr ausmachen kann. Insofern können diese Leistungen zu einem wichtigen Instrument im Wettbewerb um Versicherte werden. Immer mehr Kassen gehen inzwischen auch dazu über, wechselbereite Mitglieder mit Prämien zu einem Verlassen ihrer bisherigen Kasse zu bewegen. Sensibilisiert durch Medien, die berichten, dass sich ein Kassenwechsel durchaus lohnen könne, wählen immer mehr Versicherte ihre Kasse nach ihren individuellen Bedürfnissen aus – ein Effekt, der wettbewerbspolitisch und gesundheitsökonomisch durchaus beabsichtigt ist. So kündigten auch im Fall der untersuchten Kasse zunehmend Versicherte ihre Mitgliedschaft mit dem Hinweis, dass es woanders bessere oder mehr Ermessensleistungen gebe.

Tatsächlich hatte die untersuchte Kasse diesbezüglich gerade in einem Ranking der Stiftung Warentest schlecht abgeschnitten. Bei der Frage nach dem Kündigungsgrund wurde häufig das unzureichende Angebot an Mehr- und Ermessensleistungen genannt. Dem bereits langjährig bei der Kasse tätigen Selbstverwalter war es ohnehin ein persönliches Anliegen, mehr solcher freiwilliger, zusätzlicher Leistungen für die Versicherten im Leis-

tungskatalog der Kasse zu berücksichtigen. Er begann, durch das Testergebnis bestätigt, zunächst im Arbeitsumfeld und bei Bekannten hierzu weitere Meinungen und Vorstellungen einzuholen.

Zeitgleich zur Veröffentlichung des oben genannten Rankings bestätigten die Berichtszahlen aus der Abteilung Markt und Vertrieb der Kasse, dass „abgesprungene“ Versicherte nicht so leicht wie früher zurückzugewinnen seien. Auch nahm durch die Medien der Druck auf die im Wettbewerb „schlecht dastehende“ Kasse zu. Vor diesem Hintergrund sah der Selbstverwalter bereits mögliche Diskussionen mit dem Vorstand kommen.

Inhalt und Verlauf

Als der Vorstand über die Sachlage informiert wurde, hatte der Versichertenvertreter bereits Ideen, wie durch gezielte Initiativen das bestehende Angebot an Mehr- und Ermessensleistungen bedürfnisadäquat erweitert werden könne. In einem weiteren Schritt wurden diese Ideen im Verwaltungsrat diskutiert und schließlich dem Vorstand vorgeschlagen. Dieser setzte sich allerdings zunächst für die von ihm favorisierten Beitragsrückerstattungen und Bonusprogramme ein. Der Interviewpartner betont, wie wichtig es in diesem Prozess gewesen sei, als Versichertengruppe gegenüber dem Vorstand an einem Strang zu ziehen. Er schildert auch, dass es unter anderem deshalb nicht so einfach gewesen war, die anderen Beteiligten im Verwaltungsrat zu überzeugen und die Ideen auf einen Nenner zu bringen, „weil jeder so seine Meinung und seine Vorlieben habe“.

Nach zähem Ringen innerhalb des Verwaltungsrates und zwischen Vorstand und Selbstverwaltung einigten sich die beteiligten Akteure schließlich auf drei Angebote: Im Bereich Prävention wurden die Zahnreinigung und eine Schutzimpfung sowie im Bereich Familie erweiterte Leistungen für Haushaltshilfen in den Katalog aufgenommen. In Anbetracht ihrer Marktlage war es für die Kasse entscheidend, ihre Attraktivität im Wettbewerb durch diese Maßnahmen rasch erhöhen zu können.

Erfolgsbedingungen

Für eine große, marktführende Krankenkasse ist es im Gegensatz zu kleinen, z.T. geschlossenen Betriebskassen grundsätzlich erheblich schwieriger, auf individuelle Bedürfnisse ihrer Mitglieder einzugehen. Um am Ende

versichertenorientierte, solidarische Initiativen umzusetzen, war im vorliegenden Fall daher ein besonderes Maß an Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen der Selbstverwalter wichtig. Dies bestätigt die Hypothese, dass engagierte, selbstbewusste, charismatische und politisch erfahrene Personen zum Erfolg einer Initiative wesentlich beitragen. Solche, die, so der Selbstverwalter, „mag es auch Kampfgeist erfordern, durch ein Fenster gehen, wenn es auf ist“. Beharrlichkeit und Kompetenz in der Argumentation wurden vom Befragten als unabdingbare personenbezogene Ressourcen beschrieben.

Ein wichtiger Handlungsanlass war die wahrgenommene Gefährdung der Reputation der Krankenkasse. Das in den Medien veröffentlichte Ranking erhöhte den Handlungsdruck und schweißte die Akteure zusammen. Die Selbstverwaltung nahm im vorgestellten Fall geradezu die Wettbewerbsperspektive der Organisation ein, indem sie argumentierte, dass „die Kasse da einfach nachziehen“ müsse (Versichertenvertreter). Dies bestätigt auch die Annahme, dass Initiativen, die im wirtschaftlichen Interesse der Kasse liegen, also ihre Attraktivität im Wettbewerb zu erhöhen versuchen, leichter auf den Weg gebracht werden können als andere.

Beispiel 7 Burnout-Prävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement: Eine Initiative im Interesse von Versicherten, Arbeitgebern und Krankenkasse

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Die Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen ist ein seit längeren Jahren zu beobachtender Trend. Prognosen der WHO besagen, dass sich Depressionen und Angsterkrankungen bis zum Jahre 2020 unter den wichtigsten Volksleiden auf die Plätze 2 und 3 schieben werden. Dieser Trend manifestiert sich auch in der Arbeitswelt, die tiefgreifenden Veränderungen unterliegt. Globalisierung, Ausbreitung neuer Informationstechnologien, Zunahme von Teilzeitarbeit sind einige Stichworte, die auf mögliche Gefährdungen der Mitarbeitergesundheit und zentrale Herausforderungen verweisen, mit denen die betriebliche Gesundheitspolitik weithin konfrontiert ist.

Unter den psychischen Störungen mit engem Arbeitsweltbezug hat das sog. Burnout-Syndrom in letzter Zeit einige Aufmerksamkeit erfahren. Die Symptomatik wirkt sich auf Leistung und Verhalten der Betroffenen wie auf Teamprozesse aus. Das in den Medien breit diskutierte Burnout-Phänomen zeigte sich auch in Teilen der Mitarbeiterschaft eines großen Industrieunternehmens, für das die befragte Kasse zuständig ist. Als besonders risikoträchtig gilt in diesem Zusammenhang der Beginn neuer Produktionsketten. Ein Versichertenvertreter der Kasse sprach hierbei von einer besonderen Qualität der Anspannung und Belastung der Mitarbeiter. Der bereits von der Arbeitssituation ausgehende psychische Druck werde noch dadurch

verstärkt, dass die Mitarbeiter sich derart mit ihrer Aufgabe identifizieren, dass sie sich zusätzlich selbst unter Druck setzten.

Die Ergebnisse des regelmäßig erstellten internen Gesundheitsberichtes der Kasse bestätigten, dass hier Präventionsbedarf bestand. Auch aus Sicht der Bereichsbetriebsärzte erforderte die Situation entsprechende Maßnahmen. Die darauf zielende Initiative der Arbeitnehmervertreter im Verwaltungsrat führte zur Etablierung präventiver Angebote der Kasse und auf Stress- und Burnout-Erscheinungen ausgerichteter Elemente im Gesundheitsmanagement des Unternehmens.

Inhalt und Verlauf

Der gut vernetzte, seit vielen Jahren vor Ort tätige und dem Verwaltungsrat der Kasse angehörende Betriebsratsvorsitzende hatte wahrgenommen, dass an einer neuen Produktion beteiligte Ingenieure und Arbeiter insbesondere während der Startphase unter besonders starkem Termindruck standen, wobei dieser sich noch durch die hohe Leistungsbereitschaft der Beschäftigten verstärkte. Die durch die Medien vermittelte Aufmerksamkeit für das Thema „Burnout“ bestärkte seinen Impuls, hier aktiv zu werden.

Er nahm deshalb Kontakt zum Personalvorstand auf, um von seiner noch vagen Idee zu berichten, etwas gegen die psychische Belastung der Mitarbeiter zu tun. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die Berichterstattung und Diskussion über das Burnout-Syndrom in den Medien. Der Vorstand signalisierte sein Einverständnis, und gemeinsam behandelten sie das Thema in einem ersten Schritt auf einer Betriebsversammlung. Der Gesundheitsbericht der Kasse lieferte aussagekräftige Daten und Beurteilungen, die zur Bedarfsbestimmung herangezogen werden konnten. Nachdem der Betriebsrat des Unternehmens die Kasse über das Vorhaben informiert hatte, wurde für die Planung zuerst ein Strukturkreis gebildet, der sich aus dem Personalchef, dem Leiter des betrieblichen Gesundheitswesens, dem Vorstandsvorsitzenden der Kasse und dem Leiter des medizinischen Dienstes zusammensetzte. Ein nachgeordneter operativer Arbeitskreis übernahm anschließend die konkrete Umsetzung der Aufgaben. Ihm gehörten der Werksarzt, zwei Angehörige des Personalwesens und ein Betriebskollege des Selbstverwalters an. In einem zweiten Schritt folgte der Vortrag eines anerkannten Experten im Bereich psychische Erkrankungen und Burnout. Dazu wurden von der Führungskraft bis zum Vorarbeiter alle an der Produktion Beteiligten eingeladen. In weiteren Schritten müssen die verschiedenen Arbeitskreise zusätzliche Maßnahmen auf den Weg brin-

gen. Geplant wurden der Einsatz qualifizierter Ansprechpartner wie Psychologen, die Einführung von Sprechstunden, Mitarbeiterschulungen, aber auch Schulungen für Führungskräfte, um sie zu qualifizieren, Problemlagen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Das Ziel, die vom Vorstand des Unternehmens zunächst für einen Unternehmensstandort bewilligte Initiative zur Burnout-Prävention im Erfolgsfall auf das betriebliche Gesundheitsmanagement des Gesamtunternehmens auszuweiten, ist mittlerweile weitgehend erreicht worden. Entsprechende Angebote gibt es heute an zahlreichen Firmenstandorten.

Erfolgsbedingungen

Als Erfolgsbedingung muss in diesem Fall zuerst die spezielle Ausgangslage der Kasse genannt werden: Die Betriebskrankenkasse ist eine kleine und relativ junge Kasse, die auf Versichertenbedürfnisse zielgerichtet eingehen kann und muss. Aufgrund von engen Beziehungen zwischen Unternehmensleitung und Kassenvorstand bzw. -selbstverwaltung besteht eine enge Verknüpfung zwischen Unternehmenszielen wie beispielsweise Reduzierung von Fehlzeiten und Versicherteninteressen und Krankenkassenzielen. Hinsichtlich der Verlaufsgestaltung hat darüber hinaus das professionelle Change Management der Organisation zum Gelingen beigetragen.

Bemerkenswert ist, dass der Vorschlag des Betriebsrates sofort die Zustimmung des Vorstands fand, obwohl seine Umsetzung für die Organisation durchaus eine Herausforderung bedeutete: Strukturelle und kulturelle Veränderungen auf mehreren Ebenen sind erforderlich, um die Initiative zum Tragen zu bringen. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, jene Atmosphäre und Kultur des Vertrauens herzustellen, die für tabuisierte Themen erforderlich ist, und die Aufgeschlossenheit der Arbeitgeberseite und des Vorstandes gegenüber den entsprechenden Belangen der Mitarbeiter zu sichern. Denn in einer Leistungsgesellschaft zu sagen: „Ich kann nicht mehr, bei mir geht es nicht mehr“, ist kaum denkbar. Der Vorstand der Kasse beschreibt daher, dass ein wichtiges Ziel in dieser schwierigen Angelegenheit „die Durchdringung“ sei und so müssten nun auch „Führungskräfte das Thema in die Mitarbeiterbesprechungen mitnehmen, dass dort da drüber gesprochen wird“.

Mitentscheidend für den Erfolg der Burnout-Prävention ist nicht zuletzt die Einschätzung, welches Gewicht ihr für den Unternehmenserfolg zukommt. Grundsätzlich bliebe noch zu klären, inwiefern der Erfolg von Burnout-Prävention überhaupt gemessen werden kann.

Auch in diesem Fall waren personenbezogene Faktoren von großer Bedeutung: Das persönliche Engagement des Arbeitnehmers, der Versichertenähe durch Kommunikation vor Ort herstellte und seine Kompetenzen und Zuständigkeiten voll ausschöpfte. Besonders zielführend war seine Aufmerksamkeit für relevante Themen und Trends in der gesellschaftlichen Umwelt. Im vorliegenden Fall war die Initiative daher auch eine Reaktion des Unternehmens und seiner Kasse auf Umweltimpulse.

Beispiel 8 Hausarztzentrierte Versorgung: Modernisierung von Versorgungsangeboten im Zusammenwirken von Vorstand sowie sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Die untersuchte Krankenkasse hat in den 1990er Jahren zwei Modellprojekte zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in unterschiedlichen Regionen durchgeführt. Diese haben sich über etwa acht Jahre bewährt, was positiven Einfluss auf die darauffolgenden Diskussionen über Sinn und Möglichkeit der Einführung von Hausarztmodellen nahm. Zudem hatte einer der Vorstände, die den heutigen Hausärztevertrag ins Leben gerufen haben, selbst an einem dieser Modellprojekte teilgenommen und sich entschieden, hier erneut aktiv zu werden.

Seit 2007 sind die Krankenkassen tatsächlich gesetzlich verpflichtet, „ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten“ (§ 73b SGB V). Die daran teilnehmenden Hausärzte müssen bestimmte Qualitätsmerkmale erfüllen (z.B. die Behandlung nach anerkannten Leitlinien). Heute resümiert der Vorstand dieser Kasse, dass inzwischen sehr viele Versicherte an der HZV teilnehmen würden. Dabei handele es sich zudem genau um jene Versicherte, die von diesem Modell besonders profitieren können und die Kasse dadurch entlasten würden, „nämlich die Kranken, die multimorbiden Menschen, jene, die fortdauernd ärztliche Versorgung brauchen“.

Inhalt und Verlauf

Nachdem die Modellprojekte bewiesen hatten, dass Hausarztversorgung organisiert werden konnte und im Bereich ambulante Versorgung in der Kasse bereits viel einschlägiges Erfahrungswissen vorhanden war, gab es, zunächst auf Vorstandsebene, Gespräche über die Weiterentwicklung von HZV. Diese, so erklärte der Vorstand selbst, seien sehr lange nur „unter sechs Augen geführt worden“, d.h. zwischen dem Vorsitzenden des Hausärzteverbandes und dem Vorsitzenden von Medi, einem übergreifenden Ärzteverbund. Den gegen Ärzte etwas durchsetzen zu wollen sei – so seine Meinung –, „schier unmöglich, wenn es Struktur und Dauer haben soll ... deswegen hat es lange, lange und intensive Gespräche gegeben“.

So konnte die nötige Vertrauensgrundlage geschaffen werden, hier etwas in die Wege zu leiten. In diesem Zusammenhang war es durchaus „eine Hilfe, auf jeden Fall, dass der Hausarztvorsitzende auch ... an diesem Modellprojekt teilgenommen hat“, so der Vorstand, denn auf diese Weise war eine Vertrauensgrundlage bereits vorhanden.

Erfolgsbedingungen

Die Einführung von Hausarztverträgen durch die untersuchte Krankenkasse verlief problemlos, und die Idee der HZV erwies sich als erfolgreich, weil der Prozess schrittweise, auf „Vorstufen“ aufbauend, vonstattenging. Wie oben angeführt, hatte einer der entscheidenden Akteure bereits Vertrauen in die Idee, da er an einem der Modellprojekte beteiligt war. Bereits die vorangegangenen Modellversuche wurden beständig durch die Selbstverwaltung begleitet. Ihr kam damals die Aufgabe zu, an der Ausarbeitung der einschlägigen Versorgungsverträge mitzuwirken. Nach Aussage des Vorstandes sei die Selbstverwaltung hierbei „immer eine sehr gute Begleitung“ gewesen. Diese positiven Erfahrungen aus der gemeinsamen Arbeit münden heute in die Unterstützung, die der Vorstand durch die Selbstverwaltung erfährt, wenn es um die Hausarztverträge geht. Für die gelungene Zusammenarbeit bei den vertraglichen Festlegungen zum HZV war somit auch entscheidend, dass die Selbstverwaltung bereits bei den Modellprojekten regelmäßig eingebunden war. Der Vorstand lässt insgesamt keine Zweifel an der Bedeutung der Selbstverwaltung aufkommen.

Als Erfolgsfaktor kann demnach der Stellenwert der Selbstverwaltung in der Organisation genannt werden. Dadurch konnte die Selbstverwaltung

die beschriebenen Abläufe erheblich mitgestalten. Im Hinblick auf längerfristig anhaltenden Erfolg bei der Umsetzung konnte sich der Selbstverwalter zum Beispiel für die Evaluierung des Vertrages starkmachen, und so seinem Wunsch nach Überprüfung des eigenen Tuns im Hinblick auf die Zielerreichung nachkommen. „Verträge muss man eben evaluieren“, man muss sich der Kritik und des Betrachtens des eigenen Tuns von Dritten, von Wissenschaftlern, von Experten extern unterziehen, um zu wissen, ob man das erreicht, was man will...“, so die Meinung des Interviewpartners.

Nicht zuletzt hatten personengebundene Ressourcen großen Einfluss auf den erfolgreichen Ablauf der Initiative. Die Versichertenorientierung des Selbstverwalters sowie die Konsensorientierung und Aufgeschlossenheit des Vorstandes begünstigten nach Einschätzung des Selbstverwalters den Ablauf. Nach Meinung des Befragten könne der Vorstand schließlich auch „keine Vertragspolitik gegen Selbstverwalter machen“!

Beispiel 9 Herzinsuffizienz-Versorgung: Initiative zur erwarteten Qualitätsverbesserung und Kostensenkung im Interesse von Vorstand und Selbstverwaltung

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Die chronische Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) stellt für die Leistungsanbieter, die Kostenträger sowie die betroffenen Patientinnen und Patienten eine große finanzielle und therapeutische Herausforderung dar. Dabei handelt es sich um eine Erkrankung, die zwar irreversibel ist, deren Verlauf aber durch geeignete therapeutische Maßnahmen verlangsamt werden kann. Die Erkrankung hat in der Regel häufige Krankenhausaufenthalte zur Folge, die sich bereits einige Tage zuvor durch eine Gewichtszunahme durch Wasser in der Lunge bzw. durch Husten abzeichnen. Genau hier setzt die nachfolgend beschriebene Initiative an.

Die betroffene Kasse bietet seit mehreren Jahren im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 140a SGB V für an chronischer Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen Stadium erkrankte Versicherte ein indikationsbezogenes Programm an. In drei Regionen können sich Patienten nach einer gezielten Kontaktaufnahme durch ihre Krankenkasse über ihren behandelnden Hausarzt oder Kardiologen in dieses Programm einschreiben. Das Gesundheitsprogramm soll eine optimale individuelle Versorgung unter Einbeziehung der behandelnden Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser gewährleisten. Den teilnehmenden Patienten wird über einen externen Vertragspartner ein persönlicher Betreuer als feste Bezugsperson neben dem Arzt zugeordnet. Als einschlägig qualifizierte Fachkraft soll er zwischen den Arztterminen im telefonischen Kontakt mit dem Patienten stehen, ihn kom-

petent durch das Programm führen, Fragen beantworten und verständliches Informationsmaterial anbieten. Wichtigster Ansprechpartner bleibt nach wie vor der behandelnde (Haus-)Arzt oder Kardiologe. Zum Programm gehört bei Bedarf eine elektronische Waage, die eine plötzliche Gewichtszunahme durch Ödeme automatisch an den persönlichen Betreuer übermittelt, der sich daraufhin mit dem Patienten in Verbindung setzt und im Bedarfsfall den Arzt informiert. Ferner müssen die Teilnehmer täglich fünf Fragen zu ihrem Gesundheitszustand beantworten.

Inhalt und Verlauf

Das Vorhaben wurde vom Vorstand und von der Selbstverwaltung der Kasse gemeinsam initiiert und umgesetzt. Ausgangspunkt waren die auffällig hohen Fallzahlen und die hohen Kosten stationärer Aufenthalte von an Herzinsuffizienz erkrankten Versicherten. Zudem waren mit diesen Krankenhausaufenthalten medizinische Komplikationen sowie ein Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen verbunden. Angesichts der vorhandenen medizinischen, pharmazeutischen und telemedizinischen Möglichkeiten schien den Entscheidungsträgern ein Teil dieser unerwünschten Wirkungen vermeidbar.

Das Versorgungsprogramm wurde nicht von der Krankenkasse selbst, sondern von einem externen Vertragspartner durchgeführt. Die Krankenkasse übernahm die Anschubfinanzierung. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und erfolgt auf der Grundlage eines Vertrages zwischen ihnen, der Krankenkasse und dem betreuenden Hausarzt. Den Zugang zum Programm erhalten die Versicherten über eine Kontaktaufnahme entweder durch die Kasse oder den behandelnden Arzt.

Die Versorgungsinitiative durchlief folgende Stadien:

1. Zunächst identifizierte die Krankenkasse im Rahmen des routinemäßigen Controllings. (Analyse Datenblatt KV 45) die Zahl besonders kosten-trächtiger und dabei vermeidbarer Versorgungsfälle.
2. Auf dieser Grundlage verständigten sich Vorstand und Selbstverwaltung über die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs und über die vorhandenen Handlungschancen.
3. Es folgte die Einholung und Diskussion möglicher Lösungskonzepte in Zusammenarbeit mit dem erwähnten Projektpartner.
4. Der Verwaltungsrat fasste einen einvernehmlichen Beschluss über die Projektdurchführung und die Projektvergabe an den externen Träger.

5. Der Vorstand, der Vorsitzende des Verwaltungsrats und der Projektpartner stellten das Versorgungsprogramm in einer gemeinsamen Pressekonferenz vor.
6. Seit mehreren Jahren wird das Projekt umgesetzt und intern evaluiert.

Erfolgsbedingungen

Als begünstigende Einflussfaktoren für die Maßnahme erwiesen sich in diesem Fall die offenkundige win-win-Situation für alle beteiligten Entscheidungs- bzw. Kostenträger:

- Kostensenkung und damit möglicher Wettbewerbsvorteil für die Krankenkasse durch geringere, herzinsuffizienzbedingte Krankenhausfallzahlen und durch die Vermeidung kostentreibender, unnötiger medizinischer Komplikationen.
- Kostenvorteil für die Arbeitgeberseite durch die Reduzierung krankheitsbedingter Ausfallzeiten und Leistungsbeeinträchtigung betroffener Arbeitnehmer.
- Verbesserung der Lebensqualität betroffener Versicherter (Patienten) durch Vermeidung psychisch belastender Krankenhausaufenthalte, unnötiger medizinischer Eingriffe und damit zusammenhängender Komplikationen.

Allerdings ist eine win-win-Situation auch keine hinreichende Voraussetzung für die Durchsetzung einer versichertenorientierten Innovation. Vielmehr bedarf es auch dann, wenn sie vorliegt, des Wissens und des Engagements von Selbstverwaltern, um den möglichen Nutzen einer Innovation zu erkennen und für ihre Umsetzung praktikable Konzepte zu entwickeln.

Hinzu kommt, dass organisationsinterne Handlungsroutinen der Krankenkasse von der Programmdurchführung nicht betroffen sein würden, da das Projekt von Beginn an an einen externen Projektpartner vergeben werden sollte. Als weiterer „Erfolgsfaktor“ erscheint ferner die geringe Teilnehmerzahl, die das finanzielle Risiko für die Kasse überschaubar machte: Von den über vier Millionen Versicherten haben sich bis dato rd. 6.000 Betroffene in das Programm eingeschrieben.

Beispiel 10

Versichertenälteste: Bewahrung und Weiterentwicklung eines bewährten Systems versichertennaher Interessenvertretung

Hintergrund und Ausgangsbedingungen

Die Krankenkasse verfügt zur Betreuung ihrer Versicherten traditionell über ein dicht geknüpftes System von Versichertenältesten. Nach einer Fusion stand sie vor der Herausforderung, diese versichertennahe Struktur zu erhalten und auf die neuen Organisationsbereiche auszuweiten. Zudem musste sie die Auflage des Bundesversicherungsamtes umsetzen, bis zu den Sozialwahlen 2011 die Zahl der Versichertenältesten von 1.350 (2005) auf maximal 950 zu reduzieren.

Inhalt und Verlauf

Es handelt sich nicht um eine ausschließliche Arbeitnehmerselbstverwaltungsinitiative. Vielmehr haben „...alle Beteiligte, Bahnleute, Seeleute wie Bergleute in dem Bewusstsein zusammengearbeitet, ---, diesen Sozialversicherungsträger gegen alle politischen Unbilden zu erhalten und weiter zu entwickeln.“ (ehrenamtlicher Vorstand). Über den Erhalt der versicherten-nahen Strukturen herrschte somit jederzeit Einvernehmen zwischen dem Hauptamt und der Selbstverwaltung. „Also in keinster Weise wurde jemals dieses System in Frage gestellt, weil alle Beteiligten sich schon im Klaren waren, dass dieses System, wo wir es aufgebaut haben, mit dem persönlichen Zugang, mit so einer Art Kümmererfunktion, so ein Stück auch das Gesicht der (Name der Krankenkasse; d. Verf.) ist.“ (Verwaltungsrat)

Dennoch war die Anpassung des Systems der Versichertenältesten keine Selbstverständlichkeit, sondern musste eigens organisiert werden. „Und dies war in der Vergangenheit, bevor die Fusion war, traditionell die (zuständige; d. Verf.) Gewerkschaft.“ (ehrenamtlicher Vorstand) Die Umsetzung und Anpassung der Initiative erfolgten bis zur Sozialwahl 2011.

Erfolgsbedingungen

Als begünstigende Einflussfaktoren für die Maßnahme erwies sich in diesem Fall die unübersehbar starke, ja dominierende Rolle der zuständigen Gewerkschaft als Listenträger sowie bei der Auswahl und Benennung der Versichertenältesten. Förderlich wirkten ferner die bereits vorhandenen und bewährten versicherten-nahen Strukturen, die lediglich angepasst und branchenbezogen bzw. regional weiterentwickelt werden mussten und die auf breite Akzeptanz bei allen Beteiligten stießen. „Die Versichertenältesten sind ja demokratisch legitimiert, also die werden nicht einfach eingesetzt, sondern sie werden in einem Auswahlverfahren vor Ort in den Bezirken, in den Landesbezirken der einzelnen Organisation benannt. Am Ende haben wir das als Listenträger umgesetzt. Das ist ein ausschließlich gewerkschaftliches Thema.“ (Verwaltungsrat)

Möglicherweise begünstigend kommt hinzu, dass die Krankenkasse nach wie vor noch über einen dreistufigen Selbstverwaltungsaufbau mit einer im Vergleich zu anderen Krankenversicherungsträgern stärkeren rechtlichen Stellung der Selbstverwaltungsorgane verfügt (Vertreterversammlung – ehrenamtlicher Vorstand – hauptamtlicher, geschäftsführender Vorstand).

Das tradierte System versicherten-naher Betreuung wurde im Verlauf der Diskussion von keiner Seite je in Frage gestellt. Vielmehr kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sogar als profilbildendes Alleinstellungsmerkmal im Kassenwettbewerb gesehen wurde.

Neben der umfangreichen politischen, Verbands-, Gremien- und Selbstverwaltungserfahrung des befragten ehrenamtlichen Vorstands war auch hier das gute Zusammenwirken zwischen Hauptamt, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberselbstverwaltern maßgebend für das erfolgreiche Gelingen der Initiative.

Begünstigend wirkte sich ferner aus, dass Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in der Regel durch ihre Erfahrungen im Bereich Montanmitbestimmung sozialisiert wurden. „Wir sind ja groß geworden im Bergbau mit der Montanmitbestimmung. Alle Beteiligten kennen den Umgang mit Mitbe-

stimmung und pflegen eine gewisse Sozialkultur. Also da ist nicht dieses ständige konträre und immer auf immer Konfrontation getrimmte Beisammensein.“ (ehrenamtlicher Vorstand).

Autorinnen und Autoren

Gerlinger, Thomas, Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Knötig, Nora, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Universität der Bundeswehr München.

Lückenbach, Caspar Daniel, wissenschaftlicher Angestellter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Staender, Johannes, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Wüstrich, Thomas, Professor für Volkswirtschaftslehre und -politik an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Universität der Bundeswehr München.